

# がん化学療法レジメン登録票

新規レジメン登録の際にはプロトコルの提出が必須です  
プロトコルがない場合は参考文献を提出してください

レジメン名	FOLFOXIRI
診療科名	腫瘍内科
診療科責任者名	大山 優
適応がん種	切除不能な大腸がん
保険適応外の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

がん治療ワーキンググループ使用欄	
登録番号	En-010
登録日・更新日	2011年1月19日 2020年6月23日更新
削除日	
出典	J Clin Oncol. 2007;25:1670-6
入力者	小倉宏之

## 投与順に記入(抗がん剤のみ)

	薬剤名:一般名 (薬剤名:商品名) 希釈液	規格	投与量算出式	投与経路	投与時間	施行日
No.1	イリノテカン塩酸塩水和物 (イリノテカン塩酸塩点滴静注液) 生理食塩液	40mg、100mg	165mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	60分	Day1
No.2	オキサリプラチン (オキサリプラチン点滴静注液) 5%ブドウ糖液	50mg、100mg、200mg	85mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	2時間	Day1
No.3	レボホリナート (レボホリナート点滴静注用) 5%ブドウ糖液	25mg、100mg	200mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input checked="" type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	2時間	Day1
No.4	フルオロウラシル (フルオロウラシル注) 生理食塩液	250mg、1000mg	3200mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> DIV <input checked="" type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他( )	48時間	Day1

1コースの期間	14日
投与間隔の短縮規定	<input checked="" type="checkbox"/> 短縮可能( 1 日) ・ <input type="checkbox"/> 短縮不可能
計算後の投与量上限値	110%
計算後の投与量下限値	50%

減量・中止基準	<p>【初回投与基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>好中球数 <math>\geq 1500 / \mu\text{L}</math></li> <li>ヘモグロビン値 <math>&gt; 9.0 \text{ g/dL}</math></li> <li>血小板数 <math>\geq 10 \text{ 万} / \mu\text{L}</math></li> <li>AST <math>\leq 100 \text{ IU/L}</math> ※肝転移が認められる場合: <math>\leq 150 \text{ IU/L}</math></li> <li>ALT <math>\leq 100 \text{ IU/L}</math> ※肝転移が認められる場合: <math>\leq 200 \text{ IU/L}</math></li> <li>総ビリルビン値 <math>\leq 1.5 \text{ mg/dL}</math></li> <li>血清クレアチニン値 <math>\leq 1.5 \text{ mg/dL}</math></li> </ul> <p>【休薬・延期基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>好中球数 <math>&lt; 1000 / \mu\text{L}</math></li> <li>血小板数 <math>&lt; 10 \text{ 万} / \mu\text{L}</math></li> <li>Grade 1以上の下痢</li> <li>Grade 1以上の粘膜炎</li> <li>その他、Grade 2以上の非血液毒性</li> </ul> <p>上記、症状改善するまで投与延期する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grade 3以上の手足症候群:フルオロウラシルを休薬する</li> <li>Grade 3以上の末梢神経障害:オキサリプラチンを休薬する</li> </ul> <p>【減量基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grade 4の好中球数減少</li> <li>発熱性好中球数減少症</li> <li>Grade 3以上の血小板数減少</li> </ul> <p>上記いずれか出現した場合、イリノテカン、オキサリプラチンをそれぞれ25%減量する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grade 3の下痢:イリノテカン、フルオロウラシルをそれぞれ25%減量する</li> <li>Grade 4の下痢:イリノテカン、フルオロウラシルをそれぞれ50%減量する</li> <li>Grade 3の口内炎:フルオロウラシルを25%減量する</li> <li>Grade 4の口内炎:フルオロウラシルを50%減量する</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>心筋虚血が出現した場合:フルオロウラシルを中止する</li> </ul>
前投薬	アプレビタント+5-HT3受容体拮抗薬+デキサメタゾン+H1、H2ブロッカー
その他の注意事項	

記入者	小倉宏之
確認者	齋藤亜由美